

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 21.

DU

DRAINAGE DU CANAL DE WIRSUNG

(Wirsungstomie)

au cours des Pancréatites aiguës

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 novembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel BRANCHE

Ancien externe et interne suppléant des hôpitaux de Lyon

Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph

Ancien interne des hôpitaux de Saint-Étienne.

Né le 20 juillet 1883, à Lyon (Rhône)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1910

DU DRAINAGE
DU CANAL DE WIRSUNG

(Wirsungstomie)

au cours des Pancréatites aiguës

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 21.

DU

DRAINAGE DU CANAL DE WIRSUNG

(Wirsungstomie)

au cours des Pancréatites aiguës

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 novembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel BRANCHE

Ancien externe et interne suppléant des hôpitaux de Lyon

Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph

Ancien interne des hôpitaux de Saint-Étienne.

Né le 20 juillet 1883, à Lyon (Rhône)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 23

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	X...
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale ¹	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET,	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. E. ROLLET, *Président* ; JABOULAY, *Assesseur* ;
MM. THÉVENOT et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA CHÈRE GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

*Témoignage de reconnaissance et
d'affection.*

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROLLET

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur de clinique ophtalmologique.

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Chirurgien des hôpitaux.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

*Témoignage de reconnaissance pour
tous les conseils et l'aide qu'il
nous a prodigués au cours de ce
travail et en souvenir de toute la
bienveillance qu'il n'a cessé de
nous témoigner pendant toutes nos
études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIOUD

Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph.

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX
LYONNAIS ET STÉPHANOIS

INTRODUCTION

Dans une communication faite en juillet dernier à la Société de chirurgie de Lyon, M. Villard rapportait un cas de pancréatite aiguë traitée et guérie par l'incision de la tête du pancréas, l'ouverture et le drainage du canal de Wirsung, et proposait à la suite de ce succès, l'ouverture systématique de ce conduit dans toutes les infections pancréatiques aiguës, n'ayant pas encore réalisé des altérations nécrosantes trop profondes de l'organe.

C'est cette intervention que nous nous sommes proposé comme but de ce travail, laissant de côté toute description clinique des pancréatites, nous nous attacherons seulement à l'étude du procédé opératoire. Après avoir rappelé les quelques tentatives faites dans ce sens, nous exposerons les voies d'accès du pancréas, le manuel opératoire que nous conseillons, et enfin, les indications de l'incision et du drainage du canal de Wirsung.

HISTORIQUE

Les inflammations du pancréas furent connues de longue date. D'anciens auteurs, Tulpius (1641); Grusel (1673) en rapportent des observations. Plus récemment, Portal (1804), Senn (1807), Nimier dans plusieurs travaux; Bœkel et nombreux d'autres chirurgiens français ou étrangers en publient des cas, ou les étudient au point de vue de clinique.

Plus près de nous encore, nous avons les observations de Villar, de Bordeaux, présentées au Congrès de chirurgie de Paris (1905). Il y fait une étude complète des pancréatites, avec la statistique de tous les résultats opératoires jusqu'en 1905. C'est du reste à son rapport que nous ferons au cours de notre travail de larges et fréquents emprunts. Nous trouvons également la statistique de Lenormaut et Lecène (1906). La statistique de ces trois derniers chirurgiens porte sur un ensemble de 93 cas, sur lesquels on compte 77 interventions suivies de guérison.

Enfin ces derniers temps, quelques cas de pancréatites, suivies d'interventions, ont été publiés par des chirurgiens lyonnais. En 1908, c'est la thèse de Chenely, inspirée par Leriche, ce sont : l'observation de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose, publiée

par X. Delore et Alamartine; l'observation de Vianay, pancréatite aiguë hémorragique, avec intervention. 24 heures après le début des accidents (Société des sciences médicales de S^t-E. 1909). Nous pourrions citer la revue générale de Leriche et Arnaud, sur les pancréatites hémorragiques, à propos de deux cas personnels, (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1909), observés dans le service du docteur Poncet. Ce sont enfin les deux observations nouvelles rapportées par M. Villard à la Société de chirurgie de Lyon, qui sont l'objet de notre travail, l'une d'entre elles a été présentée par M. Stéfani à la Société des Sciences médicales de Lyon (1909).

Il semble, à la lecture de toutes ces communications, que tous les auteurs soient d'accord sur la nécessité d'une intervention d'urgence : « L'état du sujet commandera le plus souvent une opération simple et rapide ; elle consistera le plus souvent en un tamponnement et un drainage de ce pancréas, à travers le mésocôlon transverse effondré. Cependant les voies biliaires seront toujours explorées.... » (Delore et Alamartine). Ainsi donc, tamponnement et drainage, et quelquefois dilacération du pancréas, et lavage de la cavité abdominale, sont les seuls manuels opératoires employés. Jamais jusqu'à maintenant l'ouverture du canal de Wirsung et son drainage n'ont été pratiqués d'une façon systématique. Quand le Wirsung fut drainé, ce ne fut que par surprise.

Villar (de Bordeaux) dans son rapport au Congrès

de chirurgie (Paris, 1905) s'exprimait ainsi : « Je ne sache pas que l'on ait songé à pratiquer sur l'homme la pancréaticostomie typique de propos délibéré, en amenant le canal de Wirsung à la peau, et en l'y suturant par fixation première ou fixation dernière, manœuvres qui exigeraient comme condition indispensable une sérieuse dilatation du canal. » Il la considère même plutôt comme une conséquence d'une plaie du canal de Wirsung accidentelle ou opératoire, comme dans la pancréaticostomie pour calcul, quand on n'a pas pu suturer le canal, ou que la suture n'a pas tenu.

A vrai dire, la pancréaticostomie n'est donc pas matériellement exécutable, étant donnée la situation profonde de la glande. Aussi voyons-nous parfois des chirurgiens préférer à l'ouverture et au drainage du Wirsung, du pancréas, celui des voies biliaires, qui, il est vrai, sont le plus souvent infectées, et le point de départ des pancréatites.

Cependant la pratique des fistules pancréatiques chez les animaux a montré leur innocuité relative et la possibilité d'en obtenir d'excellents résultats chirurgicaux. Les études expérimentales de P. Carnot sur la pathogénie de la pancréatite hémorragique ont montré que les pancréatites relèvent fréquemment d'une infection canaliculaire, infection qui se localise le plus ordinairement dans cet espace de la tête pancréatique que Desjardins a nommé le triangle d'infection du pancréas. Ce triangle se trouve limité d'un côté par le duodénum, et les deux autres par les canaux excréteurs de la glande.

Il en a du reste reproduit les lésions de diverses manières, montrant bien que cette voie était de beaucoup la plus fréquente. La migration des agents pathogènes produit une véritable « angio-pancréatite suppurée » (Arnozan) se faisant, soit du duodénum septique dans le tissu glandulaire, par l'intermédiaire des canaux de Wirsung et de Santorini, soit encore par l'intermédiaire d'un cholédoque infecté.

C'est le même processus pathologique que celui des infections hépatiques par l'intermédiaire du cholédoque (angiocholite), du rein par l'uretère, en un mot de toute glande en rapport avec une cavité infectée.

Aussi, a-t-il semblé rationnel à notre Maître M. Villard d'appliquer aux pancréatites un traitement chirurgical analogue, par exemple à celui des voies biliaires infectées, c'est-à-dire l'ouverture de celles-ci et à leur drainage.

C'est ce mode de drainage, appliqué au Wirsung, que nous allons étudier. Mais auparavant nous étudierons la situation et le rapport du pancréas, de ses canaux excréteurs, afin de pouvoir en déduire la voie d'accès la moins périlleuse.

ANATOMIE DU PANCRÉAS

Quand on ouvre la cavité abdominale, on ne tombe pas directement sur le pancréas. Profondément situé dans l'abdomen supérieur, contre les deux premières vertèbres lombaires, il est nécessaire pour l'apercevoir, soit d'inciser l'épiploon gastro-hépatique et d'abaisser la petite courbure de l'estomac, soit de relever cette grande courbure après avoir incisé le grand épiploon. Cette dernière manœuvre permet une exploration plus large de la glande pancréatique.

Cette glande, qui mesure de 10 à 20 cent. de longueur, s'étend transversalement de l'anse duodénale au hile de la rate, et est plus volumineuse à son extrémité droite qu'à gauche. Aussi, en raison de sa morphologie, lui distingue-t-on trois parties : la tête enclavée dans le cercle duodénal ; une partie moyenne, le corps ; une extrémité gauche, mince et effilée. Nous allons en étudier les rapports.

Tête du pancréas. — La tête du pancréas correspond au duodénum avec lequel elle affecte des rapports intimes. Elle est solidement fixée aux deux premières portions par des tractus conjonctifs, de

nombreux vaisseaux, des canaux excréteurs et même des grains glandulaires qui pénètrent dans la paroi duodénale. La tête pancréatique représente la portion immobile de la glande, et la plus importante au point de vue opératoire. Un grand nombre d'affections pancréatiques, et notamment les pancréatites par infection canaliculaire, siègent à ce niveau. La face antérieure de la tête du pancréas, en rapport avec la portion pylorique de l'estomac, est recouverte par l'artère colique droite, qui se rend de la mésentérique supérieure au côlon transverse, par la pancréatite duodénale inférieure, branche aussi de la mésentérique supérieure et la pancréatite duodénale de l'hépatique.

La face postérieure, par l'intermédiaire de la lame de Treitz, est en rapport avec la veine rénale droite, la veine porte et les deux branches qui la constituent : la grande mésentérique et les veines spléniques. Enfin le cholédoque. Ce dernier canal croise la face postérieure de la première portion du duodénum et aborde le pancréas, qui lui forme tantôt une gouttière, tantôt même un canal complet. Il y a donc une grande intimité entre la terminaison du cholédoque et la tête du pancréas, d'où répercussion réciproque des affections des voies biliaires et de celles de la tête du pancréas. Nous verrons plus loin, à propos des canaux excréteurs, que ces rapports se poursuivent encore d'une façon plus intime.

Corps du pancréas. — Entre la tête et le corps se trouve l'isthme dont les rapports sont à peu près identiques à ceux de la tête.

Le corps lui-même est en rapport par sa face postérieure, extra-péritonéale, avec l'artère mésentérique inférieure qui s'accole à la mésentérique supérieure, derrière l'isthme ; avec la partie antéro-inférieure de la capsule surrénale et le quart supérieur de la face antérieure du rein gauche. Entre ces deux organes se trouve une couche de tissu cellulo-graisseux contenant quelques vaisseaux sans importance. Enfin, plus profondément, se trouvent le diaphragme, la région lombaire et les dernières côtes. De toutes les portions du pancréas, c'est la *face antérieure* du corps qui offre les rapports les plus étendus avec la paroi abdominale postérieure. En avant de la région lombaire se trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal qui se continue sur les côtés avec celui des régions rénales et en bas avec le tissu cellulaire prévertébral.

Ces rapports nous expliquent la marche postérieure de quelques kystes, de quelques abcès du pancréas et de leur drainage par la voie lombaire, la difficulté et la gravité des opérations étendues sur le pancréas.

La *face antérieure* est recouverte par le péritoine pariétal qui se continue en haut avec le péritoine diaphragmatique et en bas avec le feuillet supérieur du mésocôlon transverse, avec la partie ascendente du duodénum et l'angle duodénojéjunal, et enfin avec la face postérieure de l'estomac dont elle est séparée par l'arrière-cavité des épiploons. Parfois, quand la petite courbure de l'estomac se trouve abaissée audessous du bord inférieur du pancréas, celui-ci entre

alors en rapport avec la face inférieure du lobe gauche du foie. Parfois même, pour Cruveilhier, Sandras, la face antérieure du corps pourrait se trouver directement en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen. Cette portion, qui correspondrait directement à la paroi, occuperait une surface de trois ou quatre centimètres carrés, à huit centimètres de l'ombilic, et à deux centimètres à gauche de la ligne médiane. Il existe ainsi entre la face antérieure du pancréas et la face postérieure de l'estomac un espace virtuel, l'arrière-cavité des épiploons dont l'importance est grande en chirurgie pancréatique. Cette arrière-cavité, diverticule de la grande cavité péritonéale, s'étend en largeur depuis l'hiatus de Winslow jusqu'au hile de la rate, et en hauteur depuis la partie la plus élevée du lobule de Spiegel jusqu'à la partie la plus déclive du grand épiploon ; Testut décrit à ce diverticule une partie principale située entre la face postérieure de l'estomac et la partie correspondante de la paroi abdominale postérieure. Le prolongement inférieur est l'espace compris entre les deux lames du grand épiploon, lames soudées chez l'adulte. Le prolongement droit comprend tout l'espace situé en arrière de l'épiploon gastro-hépatique et s'étend du duodénum jusqu'au bord postérieur du lobule de Spiegel. C'est une sorte de vestibule faisant communiquer par l'intermédiaire de l'hiatus de Winslow l'arrière-cavité proprement dite avec la grande cavité péritonéale. L'hiatus, qui est situé à droite et à la partie supérieure de l'arrière-cavité, est le plus souvent perméable, mais peut être oblitéré par des

dispositions anatomiques spéciales ou à la suite de légères poussées de péritonite.

L'arrière-cavité représente donc un espace bien disposé pour recevoir les collections liquides, sanguines ou purulentes venant du pancréas, après déchirure du feuillet péritonéal postérieur. Ces collections peuvent fuser du côté de la cavité péritonéale par l'hiatus de Winslow et entre les deux lames du grand épiploon ; généralement, la soudure des deux lames épiploïques empêchent une telle diffusion.

Bord supérieur. — Le bord supérieur est transformé en gouttière pour les vaisseaux spléniques. Il est également en rapport avec le tronc cœliaque et ses trois branches, le plexus solaire et les ganglions semi-lunaires.

Bord inférieur. — Le bord inférieur est ordinairement épais, formant même parfois une véritable face inférieure. C'est à ce niveau que les deux feuillets du mésocôlon transverse se séparent, le supérieur allant recouvrir la face antérieure du pancréas.

Queue. — La queue du pancréas est en contact immédiat avec la rate, en arrière du hile. Quelquefois, les deux organes ne sont reliés que par l'épiploon pancréatico-splénique, dans lesquels cheminent les vaisseaux et les nerfs de l'organe.

Conduits excréteurs du pancréas.

Le pancréas possède deux canaux excréteurs auxquels aboutissent tous les autres conduits. Ce sont le canal de Wirsung, le plus important, et le canal de Santorini.

Le *canal de Wirsung* occupe toute la longueur du pancréas. Sa direction est donc transversale, à égale distance des faces antérieure et postérieure. Il est sinueux, rarement rectiligne, et subit au haut du col une inflexion nette qui le fait descendre dans la partie inférieure de la tête. Le canal pancréatique possède donc une portion transversale, une portion descendante ou oblique et un coude.

La portion descendante est rarement droite; elle décrit le plus souvent une concavité supérieure, ce qui donne à l'ensemble du conduit la forme d'un S italique, ou quelquefois en sens inverse.

En raison de ses sinuosités, le canal pancréatique est un peu plus long que la glande de 2-3 centimètres. Rempli par une injection, il présente un diamètre de 2 millimètres à l'union de la tête et de la queue, de 3 millimètres au milieu du corps, et de 3 millim. 5 à 4 millimètres avant de recevoir le canal de Santorini dont l'apport le grossit encore. D'une façon générale, il présente le calibre d'une petite plume d'oie.

Le canal de Wirsung perfore obliquement et de haut en bas la tunique musculaire de la deuxième portion du duodénum, et se plaçant au-dessous du

cholédoque, débouche dans l'ampoule de Vater. Le rapport des deux conduits est variable. Le plus souvent les deux canaux s'ouvrent dans une sorte de carrefour commun; le cholédoque au-dessus et en avant, le canal de Wirsung au-dessous et un peu en arrière, sensiblement plus étroit et séparé du premier par une sorte d'éperon. Ce carrefour lui-même vient s'ouvrir dans la cavité duodénale par un petit orifice sur un petit tubercule : la *coroncula major*.

D'autres fois, un des canaux s'ouvre dans le canal voisin, ou encore tous les deux continuent leur trajet jusqu'au sommet de la grande caroncule et débouchent directement dans l'intestin; sa cavité ampullaire fait alors défaut.

Enfin, à l'extrémité du canal de Wirsung, Oddi a décrit un sphincter de fibres musculaires lisses, qui rend vraisemblablement la sécrétion intermittente.

Cette contiguïté des deux canaux, cholédoque et Wirsung, explique la contamination fréquente de ce dernier, quand les voies biliaires sont infectés.

Canal de Santorini. — C'est un conduit accessoire, situé dans la partie supérieure de la tête du pancréas. Il part du conduit principal au milieu du col de la glande, se dirige à droite et en haut, décrivant une courbe à concavité inférieure, pour se jeter dans le canal de Wirsung. Sa longueur est de 5 à 6 centimètres, et présente la particularité d'avoir une circulation indifférente.

Son extrémité gauche, la plus large, s'ouvre dans le canal de Wirsung, au niveau de son coude. L'in-

sertion se fait à angle droit sur le bord supérieur; mais il est encore plus fréquent de voir le canal de Santorini décrire une arcade ou une crosse et aborder le Wirsung par son bord inférieur. La jonction de ces deux conduits se fait à 3 ou 5 centimètres de l'ampoule de Vater. Son extrémité duodénale est très étroite; un fin stylet y pénètre avec difficulté, et s'ouvre au sommet d'une petite saillie qui porte le nom de *caroncula minor*. C'est une élévation conique de 3 ou 4 millimètres, percée au centre d'un orifice circulaire; elle est située sur la muqueuse duodénale, sur la face intérieure de la portion descendante, au-dessus et en avant de la grande caroncule. Pour atteindre la papille, le canal de Santorini se rétrécit et traverse obliquement la paroi duodénale. Dans la papille, il est le plus souvent irrégulier, coudé sur lui-même, ou ramifié par place. Enfin, au niveau de la papille, Helly a constaté la présence d'un sphincter de fibres lisses circulaires avec quelques fibres lisses longitudinales.

L'importance de ces dispositions anatomiques est grande. Nous avons en effet un canal excréteur, qui au niveau de la tête pancréatique, se bifurque sous un certain angle, formant deux canaux qui vont déboucher dans le duodénum, milieu septique. L'un d'eux même, par sa structure, permet une circulation indifférente, laissant ainsi aux germes pathogènes toute liberté pour envahir la glande. Aussi les lésions pancréatiques semblent prédominer dans ce triangle délimité par ces deux canaux. C'est le triangle d'infection de Desjardins. D'autre part, le canal

de Wirsung, le plus important des deux conduits, ne tarde pas, après avoir atteint le duodénum, à s'accoler au cholédoque. Ce dernier conduit, qui arrive par la face postérieure de la glande, après un trajet le plus souvent intrapancréatique, vient se placer au-dessus et en avant du Wirsung, dès sa sortie de la glande, et tous deux débouchent alors dans l'ampoule de Vater, que nous avons décrite. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à voir les voies biliaires infecter par voie ascendante le canal de Wirsung, et masquer fréquemment par ses symptômes propres, coliques hépatiques, ictère, toute la symptomatologie pancréatique.

Nous allons aborder maintenant l'étude des vaisseaux du pancréas. Cette étude est nécessaire, car elle nous montrera la grande richesse vasculaire de cette glande, et nous permettra de trouver un espace dépourvu de ces vaisseaux, et facilitant ainsi l'abord du canal de Wirsung.

Vaisseaux du Pancréas.

Le pancréas possède une riche circulation artérielle. En effet, cette glande ne possède pas d'artère spéciale, mais bien plusieurs troncs nourriciers, qui lui sont fournis par trois sources différentes. Ce sont, d'une part, les artères splénique et hépatique, branche du tronc cœliaque, et, d'autre part, l'artère mésentérique supérieure, branche de l'aorte abdominale.

L'artère splénique, branche du tronc cœliaque, est

une artère de gros calibre, mesurant environ 7 millimètres de diamètre. Lorsque, décrivant de nombreuses sinuosités, elle aborde la glande pancréatique au niveau du corps, et se dirige alors transversalement de droite à gauche, dans une gouttière creusée aux dépens du bord supérieur du pancréas. Arrivée au niveau de la queue, elle croise la face antérieure de celle-ci et aborde le hile de la rate, où elle se divise en six branches terminales.

De toutes les artères qui irriguent le pancréas, c'est la splénique qui fournit le plus grand nombre de rameaux. Ces rameaux, désignés plus communément sous le nom d'artérioles pancréatiques supérieures, se distribuent surtout au corps et à la queue de la glande.

Signalons encore un petit rameau de la splénique qui, parvenu au niveau du hile de la rate, se rend par un trajet récurrent à la queue du pancréas.

L'artère hépatique ne forme qu'une seule branche qui naît soit directement du tronc de l'hépatique, soit encore de l'une de ses branches : la gastro-épiploïque droite.

Elle prend naissance en arrière de la portion initiale du duodénum et suit la concavité de l'anneau duodénal. La plupart des rameaux fournis par cette artère se rendent au pancréas, et plus particulièrement à la tête de la glande. Elle s'anastomose, à la fin de son parcours, avec la pancréatico-duodénale inférieure, branche de la mésentérique supérieure.

L'artère mésentérique supérieure fournit au pancréas deux branches qui se détachent, soit isolément,

soit par un tronc commun, à peu près à niveau du bord inférieur du pancréas, et s'anastomose au niveau de la queue, avec une branche de l'artère splénique.

L'autre, la pancréatico-duodénale inférieure, se dirige à droite, et va, au niveau de la tête, s'anastomoser à plein canal avec la pancréatite duodénale supérieure. Cette artère ne se distribue qu'accessoirement au pancréas. Elle est surtout destinée au duodénum. Telle qu'elle, elle décrit une vaste arcade sur la face antérieure de la tête du pancréas, émettant quelques branches collatérales... Cette arcade coupe d'une part le Wirsung, à une distance variable suivant les sujets, et après que ce canal a émis son conduit accessoire, et pris une direction obliquement ascendante dans la moitié inférieure de la tête. D'autre part, cette arcade se trouve à une distance du duodénum, qui varie entre 1 cent. 5 à 2 centimètres environ, laissant ainsi sur la tête du pancréas un espace libre, traversé par la dernière portion du Wirsung, et dans lequel M. Villard propose d'aborder le conduit, pour l'inciser et le drainer. Le pancréas est donc entouré par un véritable cercle artériel, le cercle péripancréatique. Les artères qui irriguent le pancréas se distribuent ainsi : la tête est irriguée par l'artère hépatique, tandis que le corps et la queue sont tributaires des artères splénique et mésentérique supérieure. Or, d'une façon schématique, de ce cercle péripancréatique se détachent de nombreux petits rameaux qui se portent sur les faces antérieures et postérieures de la glande qu'ils vont

traverser, rameaux qui sont fréquemment anastomosés entre eux.

Veines. — D'une façon générale, les veines s'accroissent aux artères. Elles peuvent cependant suivre quelquefois un trajet indépendant. Ces veines se jettent en partie dans la veine splénique ou dans l'une des deux mésentériques, ou en partie dans le tronc même de la veine porte et de la grande mésentérique.

Manuel opératoire de l'incision et du drainage du canal du Wirsung

De la connaissance de la situation du pancréas, de celle des nombreux vaisseaux qui l'entourent, nous pouvons en déduire quelle sera la meilleure voie d'abord, pour intervenir sur le canal de Wirsung.

Trois voies nous sont ouvertes : la voie transpleurale, que nous ne faisons que citer pour mémoire; les voies lombaires et abdominales.

La voie lombaire, qui peut trouver la justification de son emploi pour l'incision et le drainage des kystes, ne permet pas en raison de la profondeur de la région d'explorer assez nettement les lésions et d'aborder le Wirsung. D'autre part, en suivant la voie lombaire, on aborde la face postérieure du pancréas, et cette face est d'un abord dangereux. Elle a en effet des rapports essentiellement vasculaires : veine cave inférieure, aorte, vaisseaux mésentériques, spléniques et rénaux, qui tous sont appliqués contre la paroi lombaire.

La voie abdominale antérieure transpéritonéale, et non abdomino-latérale extrapéritonéale, comme l'ont tenté quelques chirurgiens, nous semble donc être la voie d'élection. En effet, souvent les interven-

tions pancréatiques se font sans un diagnostic précis, et cette voie permet plus facilement de rectifier ou de confirmer un diagnostic. Elle permet en outre, s'il s'agit d'une lésion pancréatique, de mieux se rendre compte du siège, de l'étendue, de la nature des lésions, et d'une façon générale d'intervenir plus commodément sur elle.

Quelle sera la forme et la direction de notre incision, et quels feuillets péritonéaux traverserons-nous ? Le sujet, étant étendu sur le dos, un billot sous la région lombaire pour faire saillir les organes abdominaux, nous ferons une incision médiane verticale, sus-ombilicale.

Ce n'est pas que d'autres incisions n'aient été préconisées, telles que l'incision oblique, l'incision latérale.

L'incision oblique, partie de l'appendice xyphoïde, se dirigeant en bas et à gauche, à égale distance de l'ombilic et du rebord costal, est une mauvaise incision. Elle sectionne en travers les muscles de la paroi abdominale.

L'incision vertico-latérale droite a été préconisée par Villar (de Bordeaux). Elle lui semble être la voie de choix quand on doit opérer sur la région de la tête du pancréas. L'incision est faite « à deux travers de doigt en dehors du muscle droit, sur une verticale abaissée de la neuvième articulation chondrosternale droite » (Desjardins), ce qui permet d'éviter la section des nerfs des muscles droits. Elle commence à deux ou trois centimètres du rebord costal, de façon à gagner le plus possible par en

haut, condition indispensable pour avoir une plaie suffisamment large au niveau des voies biliaires, que quelques chirurgiens drainent au cours des pancréatites. L'incision doit se prolonger inférieurement à deux ou trois centimètres au-dessous de l'horizontale menée par l'ombilic.

L'incision verticale médiane est celle de la laparotomie sus-ombilicale. C'est celle que préconise M. le docteur Villard, d'autant plus que ce drainage du Wirsung se pratique de préférence à celui des voies biliaires. Elle lui semble avoir de nombreux avantages.

Tout d'abord, à ce niveau, l'épaisseur de la paroi est réduite au minimum, l'aponévrose n'est pas doublée d'une couche musculaire. Cette même couche musculaire enfin est respectée.

Cette incision nous donne, semble-t-il, suffisamment de jour. Ne voyons-nous pas chaque jour au cours de laparotomie sus-ombilicale pour intervenir sur l'estomac, que celui-ci non seulement est mis à découvert, mais encore toute la glande pancréatique et le duodénum. Du reste, la tête pancréatique et le duodénum ne dépassent pas dans leur plus grand écart la ligne médiane de deux à trois travers de doigt. Aussi dans les cas de diagnostic douteux, et ils sont nombreux en chirurgie pancréatique, l'incision médiane sus-ombilicale sera-t-elle encore l'incision de choix.

Les tégumens incisés, nous nous trouvons en présence des feuillets péritonéaux qui recouvrent la face antérieure de la glande.

Trois voies s'offrent encore à l'opérateur : la voie gastrohépatique, la voie transmésocôlique et la voie gastrocôlique.

La voie gastrohépatique est une voie d'exception, bien souvent trop étroite.

La voie transmésocôlique, qui est une voie dangereuse, exposant à la blessure des vaisseaux cœliques et à la gangrène intestinale consécutive, ne permet d'accéder que sur une infime partie de côte pancréatique, le tiers inférieur, qui seul est sous-mésocôlique.

La voie gastro-colique est donc la voie de choix, la plus simple, la plus directe pour aborder le canal de Wirsung. On incise le grand épiploon et on pénètre dans l'espace gastro-cœlique, en refoulant l'estomac en haut et le côlon transverse en bas. On sectionne alors encore une fois le feuillet péritonéal postérieur.

Nous avons ainsi divisé trois fois le péritoine, savoir :

- 1° Le feuillet péritonéal antérieur ;
- 2° Le grand épiploon ;
- 3° Le feuillet péritonéal postérieur.

On arrive ainsi sur le pancréas dont on peut apprécier les lésions par la vue et le toucher.

Nous pouvons alors, s'il y a lieu, ouvrir le canal de Wirsung. Pour cela, nous ferons une incision au niveau de la tête du pancréas, entre le duodénum d'une part et l'arcade pancréatrico-duodénale de

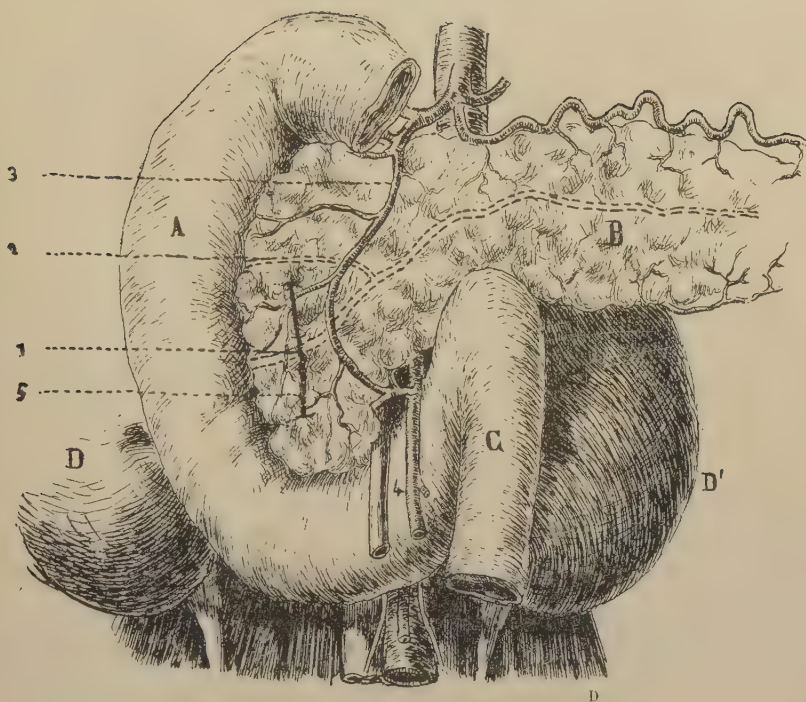
l'autre. Il y a, en effet, entre cette arcade artérielle et la concavité duodénale, une distance qui, suivant les sujets, varie de 1 centimètre 5 à 2 centimètres.

Nous faisons de plus porter l'incision en ce point, parce que c'est là que se rencontrent les lésions les plus accusées, où que débutent ordinairement les infections pancréatiques. Enfin, cette incision sera verticale, ce qui nous permettra de rencontrer plus facilement le canal de Wirsung, qui se dirige obliquement à gauche, vers la deuxième portion du duodénum, traversant la moitié inférieure de la tête pancréatique.

L'incision une fois faite ainsi, en plein tissu pancréatique, est légèrement dilacérée, élargie, de façon à ce que l'on puisse y faire pénétrer l'extrémité d'un drain assez volumineux qui ressortira par la plaie abdominale. Etant donné le diamètre très réduit du Wirsung et la profondeur de la région opératoire, il ne paraît guère possible de pouvoir introduire un drainage quelconque dans le conduit lui-même. Mais ce temps ne paraît pas indispensable pour assurer le libre écoulement au dehors du suc pancréatique.

Le drain, une fois mis en place, est entouré de mèches de gaze, qui servent à arrêter le suintement sanguin et à assurer le drainage de la loge pancréatique ; l'intervention est terminée par la marsupialisation de celle-ci, en utilisant les feuilletts péritonéaux postérieurs qui sont relevés.

Plus tard, lorsque les mèches abdominales ont été retirées et que la plaie est en voie de cicatrisation, on assiste à l'écoulement d'un suc pancréatique pur,



A duodénum ; B pancréas ; C jejunum ; DD' reins.

- 1 Canal de Wirsung.
- 2 Conduit pancréatique accessoire.
- 3 Arcade pancréatico-duodénale antérieure.
- 4 Vaisseaux mésentériques supérieurs.
- 5 Ligne d'incision.

comme on a pu le voir dans la première observation. Dans les deux cas, nous n'avons noté aucun trouble de constitution de la paroi abdominale, l'orifice cutané de la fistule n'a jamais présenté d'irritation ni de phénomène d'auto-digestion.

La permanence du drainage est assurée par un drain qu'on laissera en place aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. Après qu'il fut retiré, nous avons vu la fistule s'oblitérer sans incident.

Indications de la Wirsungstomie.

L'incision et le drainage du canal de Wirsung, dont nous venons de décrire la technique, nous paraissent présenter, au point de vue du traitement des infections pancréatiques, une véritable utilité. Bien que la pathogénie de ces infections reste encore obscure sur bien des points, il paraît cependant que le mécanisme de l'infection ascendante en soit la cause la plus habituelle; que cette infection soit venue de l'intestin ou qu'elle ait pour origine une infection descendante venue des voies biliaires, il n'en résulte pas moins que les voies pancréatiques infectées sont suivies par des agents microbiens qui remontent plus ou moins vite dans la profondeur de la glande. Il est probable qu'en telle circonstance la tuméfaction de la muqueuse des parois de la partie inférieure du Wirsung, l'épaississement du suc pancréatique s'oppose au libre écoulement de celui-ci. Il favorise ainsi par un mécanisme de rétention la virulence de l'infection. C'est là, du reste, un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les affections ascendantes du foie ou de l'arbre urinaire.

Qu'une incision soit faite au Wirsung, permettant le drainage de ce conduit et l'écoulement plus facile

du suc pancréatique, aussitôt les conditions seront rendues plus favorables pour lutter contre le danger de l'infection ascendante. Il est donc rationnel d'admettre qu'il se produit pour le pancréas les mêmes effets heureux que ceux que l'on constate à la suite de l'hépatique drainage dans les angio-cholites ascendantes.

Mais de même que dans ces dernières l'incision du cholédoque ne produit de bons résultats que lorsque les lésions du parenchyme hépatique ne sont pas encore trop profondément marquées, le drainage du canal de Wirsung ne donne de bons résultats que s'il est pratiqué de bonne heure avant que ne soient constituées les altérations de nécrose du lobule pancréatique. Malheureusement on sait avec quelle rapidité foudroyante en quelque sorte se constituent les altérations du pancréas qui aboutissent à la destruction de son parenchyme dans les formes dites hémorragiques. Le terme de drame pancréatique est en effet la traduction clinique de l'intensité des lésions anatomo-pathologiques.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une pancréatite hémorragique nécrosante et que le pancréas sera déjà transformé en bouillie purulente, il est hors de doute que le drainage du canal de Wirsung sera impossible et illusoire. L'intervention chirurgicale devra donc dans ces affections aiguës devancer la phase de destruction cellulaire.

Il importera donc au plus haut point de faire un diagnostic très précoce et une laparotomie aussi rapide que possible. Dans l'observation que nous

avons rapportée (obs. I) les circonstances ont permis d'intervenir à la phase congestive de la pancréatite et la débâcle a coïncidé avec l'incision du canal de Wirsung et la fistulisation de ce conduit. C'est même là un fait exceptionnel dans la littérature médicale, mais il est juste de penser que d'autres cas semblables seront trouvés dans l'avenir, car toutes les gammes doivent se trouver dans les infections du pancréas.

Et si l'attention a été plus particulièrement attirée sur les formes dramatiques, les infections plus atténuées seront dans l'avenir mieux connues, et ce seront elles qui seront justiciables du drainage du canal de Wirsung.

Les pancréatites chroniques nous paraissent aussi devoir rentrer dans les cas justiciables de ce drainage. Jusqu'à présent la thérapeutique chirurgicale était désarmée en pareille circonstance. Nous pensons que l'écoulement facile du suc pancréatique, écoulement temporaire, pourra rendre alors des services. C'est là évidemment une hypothèse, que nous ne pouvons appuyer sur des faits, car les pancréatites chroniques sont rarement diagnostiquées. Mais à l'avenir nous serons tenté d'y avoir recours.

Dans les pancréatites suppurées, le drainage du canal de Wirsung aura moins d'indication. L'intervention consistera, comme dans l'observation II à ouvrir le foyer infectieux. La présence de l'abcès rendra la recherche du canal de Wirsung difficile ou impossible et son utilité paraît moins nécessaire,

puisqu'il s'agit d'une infection localisée d'une région du pancréas et non d'une infection diffuse.

Néanmoins nous avons tenu à rapporter notre observation II pour montrer les rapports qu'il peut y avoir entre un abcès pancréatique et les voies d'excrétion du pancréas. N'avons-nous pas assisté en effet, dans ce cas, à la constitution d'une fistule pancréatique spontanée, phénomène montrant la continuité des canaux pancréatiques avec la cavité de l'abcès. Il y a là une véritable démonstration de l'origine canaliculaire d'un abcès du pancréas. Si donc au début on avait pu chez cette malade faire le drainage du canal de Wirsung, on aurait eu des chances de parer à une affection ascendante qui a eu pour résultat la constitution d'un abcès intraglandulaire.

En résumé la Wirsungstomie sera indiquée : dans les pancréatites aiguës n'étant pas encore parvenues au stade de nécrose ; dans les pancréatites chroniques avec œdème et tuméfaction de la glande. Quant aux formes suppurées et gangréneuses, elles ne nous paraissent pas justiciables de cette intervention.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ci-dessous deux observations de pancréatite subaigüe, traitée par le drainage.

La première n'est pas en réalité un drainage du Wirsung. Il s'agit simplement d'une incision de la tête du pancréas et du drainage, par une mèche de la brèche ainsi faite. A la suite de l'intervention, cette malade n'a pas eu de fistule pancréatique.

Nous avons tenu néanmoins à rapporter ce cas, car il se rapproche au point de vue clinique de celui de notre deuxième malade ; et au point de vue thérapeutique, bien que le canal de Wirsung n'ait pas été ouvert, l'incision du pancréas a néanmoins assuré un drainage interstitiel de l'organe.

OBSERVATION I (inédite)

(VILLARD)

*Pyélonéphrite. — Poussées de pancréatite aigüe congestive. —
Incision du pancréas. — Cholécystostomie.*

G. Jeanne-Joséphine, 44 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gen-soul, n° 15, le 1^{er} mai 1909.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels.—Il y a treize ans accouchement laborieux (forceps). Trois jours après la délivrance, éclata une *crise subite abdominale*, caractérisée par une vive douleur sous hépatique, douleur

irradiée dans le dos, mais non vers l'épaule, ou le scapulum, des vomissements abondants et un ictère assez prononcé. Pendant tout le temps de cette crise, qui dura l'espace de quelques heures à peine, *l'anurie fut complète, suivie après la crise d'une abondante élimination d'urines rouges et troubles, se clarifiant par le repos, avec un abondant dépôt purulent (?) au fond du vase.* Cette crise disparut assez rapidement, et l'ictère s'atténua et disparut en quelques jours. Le thermomètre avait marqué des élévations thermiques aux environs de 38°5.

Durant les cinq années qui suivirent, ces accidents se répétèrent une vingtaine de fois, dit la malade, mais sans intervalle régulier entre les crises.

Celles-ci avaient toujours les mêmes caractères, mais variables de durée et d'intensité, toujours accompagnées d'anurie suivie, avec la fin de la crise, d'une débâcle d'urines troubles et foncées en couleur; de même chaque fois il y aurait eu de l'ictère, mais sans que jamais cet ictère ait persisté entre deux crises consécutives. La dernière de celles-ci se produisit à l'occasion d'une grossesse, un mois avant l'accouchement; elle fut particulièrement violente, dura vingt-quatre heures, et nécessita l'emploi de la morphine.

Pendant les huit années qui suivirent, jusqu'à l'époque actuelle, la malade dit avoir joui d'une bonne santé. Cependant, elle avait remarqué que lorsqu'elle se fatiguait trop, le lendemain elle avait un peu de jaunisse, mais rapidement dissipée, et sans phénomènes douloureux. De même, lorsqu'elle s'écartait de son régime alimentaire habituel, elle ressentait quelques douleurs épigastriques, mais sans caractères paroxystiques.

Durant tous ces intervalles, elle ne remarqua jamais rien d'anormal dans ses urines.

Il y a un mois débutèrent les accidents actuels. A 6 heures de l'après-midi environ, la malade fut prise d'une violente douleur épigastrique, sans irradiations nettes, à part une sensation de constriction thoracique et sans vomissements.

La malade insiste sur ce fait que, presque immédiatement était apparu un léger ictère qui disparut en quelques instants après

la crise, laquelle prit fin en quelques heures, s'accompagnant encore comme celles de jadis d'une *abondante élimination d'urines troubles et jaunâtres*.

Trois jours après, nouvelle crise du même genre s'accompagnant cette fois de frissons et de grands vomissements avec point douloureux interscapulaire. Depuis un mois, date de réapparition des phénomènes, la malade souffre de plus en plus, et de façon continue, dans la région lombaire du côté gauche, d'une douleur sourde, pongitive, avec paroxysmes lancinants, mais sans irradiation sur le trajet de l'uretère.

5 mai 1909. — La malade entre à l'hôpital au lendemain d'une nouvelle crise semblable aux précédentes ; *l'état général semble gravement atteint, le teint légèrement terreux, les pommettes rouge sombre, le facies légèrement grippé, surtout anxieux*.

Dès qu'on essaye d'examiner la région douloureuse, la malade fait des gestes de défense ; elle souffre violemment de tout l'hypochondre droit et surtout à droite de la région épigastrique, où la palpation est très douloureuse. On ne peut rien donner en raison de ces phénomènes subjectifs très marqués. *Les vomissements répétés* présentent un aspect bilieux ; *le pouls est très rapide, la température est à 38°5*. Une légère teinte subictérique recouvre tout le corps, surtout marquée au niveau des conjonctives ; les urines sont rougeâtres, très troubles avec un abondant sédiment rappelant celui de la néphrite aiguë.

On applique une vessie de glace sur l'abdomen. Glace et morphine.

6 mai 1909. — Le lendemain, la crise a cessé, la malade ne souffre plus. Il existe toujours une légère teinte subictérique de la sclérotique, mais ce subictère est un peu plus marqué au niveau du frein de la langue. Pas de teinte anormale des téguments, pas de nævi vasculaires, pas de lésions de grattage en dépit des démangeaisons ressenties par la malade à la fin de toutes ses crises.

A l'examen de l'abdomen, la région hépatique n'est pas météorisée, la matité commence dans le cinquième espace et descend un peu au-dessous du rebord des fausses côtes.

On sent, au-dessous d'elles, le bord inférieur qui ne descend cependant pas très bas, et qui a conservé en partie son tranchant. Il n'existe pas de point douloureux spécial au niveau de la région vésiculaire, mais cependant il semble qu'on sent, au-dessous de la contracture des droits, une petite masse très limitée et au niveau de laquelle la pression réveille une assez vive douleur.

Néanmoins, cette douleur à la pression est surtout marquée à gauche de la ligne médiane, sous le rebord des fausses côtes gauches, sans qu'on sente rien d'anormal à ce niveau. En arrière la matité hépatique est normale ; la région lombaire gauche ne présente pas de déformation apparente, et cependant la fosse lombaire semble remplie, donnant l'impression d'une plaque de blindage tendue entre les dernières côtes et la crête iliaque. A ce niveau la palpation large est extrêmement douloureuse. Il ne semble pas qu'il existe de chaleur anormale des plans superficiels. La recherche du pôle inférieur du rein le montre très augmenté de volume. Du côté du rein droit on sent également quelque chose dans la respiration profonde, mais il est très difficile de dire si c'est le foie, ou le rein ptosé. Le pouls est calme, sans tension exagérée au cœur, ni souffle, ni bruits anormaux. Rien aux poumons.

Les réflexes sont normaux, les pupilles sont égales et réagissent bien. Pas d'œdème des jambes.

Les urines sont moins foncées que la veille, quoique encore très jaunes, et laissent déposer un sédiment pulvérulent au fond du vase ; ce sédiment paraît être manifestement du pus, et l'examen microscopique confirme cette impression. Elles ne contiennent pas de pigments biliaires.

La température est tombée à 37°5.

Du 6 au 26 mai.— La malade souffre de trois nouvelles crises analogues aux précédentes, ayant eu chacune une durée de vingt-quatre heures environ, mais sans élévation thermique au-dessus de 38°, sauf cependant à la troisième de ces crises, provoquée par le transport de la malade à l'examen radioscopique, laquelle s'est accompagnée d'une élévation du thermomètre

à 40°, avec état d'anxiété très prononcée, et pouls très rapide, aux environs de 100.

La radiographie ne décèle rien de particulier. Les urines varient comme quantité autour de 1,200 grammes avec les mêmes caractères.

26 mai. — On sent pour la première fois, à la faveur d'un relâchement des muscles abdominaux, jusque-là rebelles à l'exploration, une tuméfaction épigastrique profonde, mal limitée. De plus, et cette fois manifestement, la malade présente de l'ictère conjonctival et cutané.

Mais fait paradoxal, les urines ne donnent pas la réaction de Gmelin. Elles ont un aspect sanglant, mais à l'examen microscopique on ne trouve pas d'hématies.

26 mai. — Intervention. Sous anesthésie la masse épigastrique sentie la veille est perçue beaucoup plus nettement. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe sur le foie abaissé et congestionné.

Exploration des voies biliaires négative. *La vésicule est blanchâtre, un peu épaissie, mais non distendue.* Pas d'adhérences pathologiques.

En réclinant le foie vers le haut et en abaissant la petite courbure de l'estomac, on reconnaît que l'arrière-cavité des épiploons est soulevée par une tuméfaction pancréatique au niveau de laquelle le péritoine est rouge, très vascularisé, comme « lavé de sang », le tissu pancréatique est induré, sans qu'on perçoive aucune collection à son intérieur.

Néanmoins, après mise en place de l'écarteur à deux branches, on a incisé le pancréas à sa partie saillante. Les lobules glandulaires apparaissent avec une teinte grisâtre œdémateuse, mais sans nécrose véritable ; le parenchyme saigne abondamment ; cette hémorragie est arrêtée par la pose de quelques ligatures, et surtout par compression.

Suture de la tranche de section au catgut.

On remarque vers le péritoine pancréatique en divers endroits des taches un peu surélevées, blanc jaunâtre, de stéato-nécrose ; l'une d'elles est enlevée pour l'examen histologique ; une mèche

est laissée au contact de l'incision pancréatique après cloisonnement d'une loge pérétonéale au moyen de l'estomac et de l'épiploon. *On termine par une cholécystostomie* faite sur la ligne médiane à la partie moyenne de l'incision pancréatique. *L'ouverture de la vésicule montre un contenu purement muqueux sans trace de bile.* On laisse un tube à demeure.

Le 27 mai, lendemain de l'opération, la malade va bien. Température du soir 38°4. *Pas d'écoulement de bile par le tube vésiculaire.*

28 mai. — Température du soir 38°2.

Les jours suivants, apyrexie parfaite, bon état général, aucun signe inquiétant. Le taux des urines oscille autour de 1,000 grammes. Toujours pas d'écoulement biliaire.

1^{er} juin. — Premier pansement. On raccourci la mèche de drainage. On enlève le tube vésiculaire qui n'a rien donné.

8 juin. — Deuxième pansement. Ablation complète de la mèche. La malade va très bien.

23 juin. — Guérison parfaite. La malade n'a plus repris aucune crise. Elle ne ressent plus aucune douleur, mange et digère bien. Les urines se sont clarifiées considérablement et conservent à peine un léger louche. Exeat.

Nous avons eu des nouvelles récentes de cette malade qui est restée guérie.

La deuxième observation que nous allons rapporter est un cas de pancréatite aiguë à poussées successives. Comme on le verra, l'incision du canal de Wirsung et sa fistulisation a mis fin brusquement aux accidents aigus présentés par la malade, et depuis lors la malade est complètement guérie, et n'a eu aucune nouvelle atteinte de son affection.

OBSERVATION II (inédite)
(VILLARD)

C. Augustine entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, le 30 septembre 1909.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a huit ans, la malade, qui ressentait déjà depuis longtemps de violentes douleurs épigastriques après des repas trop copieux, eut une crise abdominale, caractérisée par une vive douleur dans la région épigastrique, douleur irradiée dans le dos, mais non dans l'épaule.

Cette crise s'accompagna d'un état général extrêmement grave, avec vomissements, météorisme abdominal, et surtout des phénomènes cardiaques. Le pouls s'éleva à plus de 140, d'après le médecin qui vit la malade à cette époque. La température oscilla autour de 39 à 40. A aucun moment on n'observa d'ictère. Malgré le pronostic grave porté à ce moment, les phénomènes s'apaisèrent peu à peu, et au bout d'une quinzaine de jours, la malade entra en convalescence.

En novembre 1908, réapparition des douleurs épigastriques. Depuis lors, présente par périodes de l'intolérance pour toute alimentation. L'absorption d'aliments réveille des douleurs épigastriques, que font cesser les vomissements alimentaires. Ces périodes d'intolérance durent en moyenne une huitaine de jours et dans leur intervalle la malade peut s'alimenter sans aucune souffrance.

Lundi dernier, nouvelle crise douloureuse, siégeant dans l'hypocondre droit et s'accompagnant de vomissements et d'un ballonnement abdominal intense. Le facies est grippé; les yeux encavés, le pouls très mauvais est à 140; la température est à 39°.

La palpation du creux épigastrique est extrêmement douloureuse. Elle ne permet cependant pas de reconnaître la moindre tuméfaction. Le foie ne paraît pas augmenté de volume et la région de la vésicule n'est pas particulièrement douloureuse. Du

reste, la malade se plaint surtout de douleurs à irradiations gauches. L'hypocondre gauche est plus sensible à la pression que le droit.

M. Villard, qui voit la malade à ce moment, porte un pronostic très sévère malgré l'avis du médecin traitant, qui déclare avoir déjà vu dénouer heureusement la première crise, aussi violente à son dire.

La malade est transportée à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain de l'entrée, l'état général s'est un peu amélioré et l'on constate un peu d'ictère. La température a tendance à s'abaisser. Le pouls est meilleur à 120.

On prescrit le repos avec glace sur le ventre.

L'intervention est repoussée devant l'incertitude d'un diagnostic précis.

3 octobre. — L'état général se maintient meilleur. On pratique l'épreuve de la glycosurie alimentaire qui est négative.

6 octobre. — La malade, qui depuis son entrée, n'a pas cessé d'avoir de temps en temps des poussées douloureuses au creux épigastrique, avec irradiations dans l'hypocondre gauche, est prise d'une nouvelle crise plus violente. La répétition des accidents fait décider l'intervention, qui est pratiquée le lendemain.

7 octobre. — Intervention. Laparotomie de Mayo Robson. Après ouverture de la paroi, on constate l'absence de calcul dans les voies biliaires. Mais la tête du pancréas est considérablement augmentée de volume, ainsi que le corps de l'organe. Le tissu pancréatique est œdématié. Les espaces lobulaires paraissent infiltrés de liquide, revêtant ainsi un peu l'apparence de l'œdème des circonvolutions cérébrales; c'est évidemment là qu'est la lésion.

Une incision profonde verticale est faite à 2 centimètres du bord interne du pancréas et est destinée à drainer la tête du pancréas et à ouvrir le canal de Wirsung. L'incision est ensuite agrandie au doigt pour faciliter l'écoulement du liquide, et la bouche ainsi créée est, après une hémostase relativement facile, drainée par un drain entouré d'une mèche de gaz. Les feuillets péritonéaux relevés et fixés à la paroi marsupialisent cette poche.

Un fragment de pancréas a été prélevé pour l'examen histologique.

Les jours suivants la malade va bien. Disparition des douleurs et de la teinte ictérique. Par la fistule, il s'écoule du suc pancréatique qui ne digère pas la paroi. On enlève la mèche.

5 novembre. — La plaie est complètement fermée. Plus de fistule.

La malade a repris son alimentation normale. Elle a considérablement engraisé. La langue est bonne, le teint normal, la digestion se fait sans la moindre douleur.

19 novembre. — Exeat.

Examen histologique du fragment prélevé. Lésions inflammatoires, aucune formation néoplasique.

12 novembre 1910. — La malade, revue un an après l'intervention, est en excellente santé et n'a pas souffert de nouveau.

CONCLUSIONS

1° Les pancréatites aiguës, paraissant relever dans le plus grand nombre de cas d'une infection canaliculaire ascendante, il est rationnel d'espérer de bons résultats de l'incision et du drainage du canal de Wirsung (Villard).

2° Le drainage du canal de Wirsung (Wirsungstomie), ne pouvant se faire par l'introduction d'un drain dans l'intérieur du conduit, sera réalisé par la section transversale du canal, au niveau de la tête du pancréas, et le placement d'un drain debout dans la brèche pancréatique.

3° La meilleure voie d'accès paraît être la voie gastro-côlique, avec laparotomie médiane.

4° L'ouverture du canal de Wirsung sera pratiquée au niveau de la tête pancréatique en utilisant une incision verticale, menée parallèlement au duodénum et à 2 centimètres en dedans de son bord interne.

5° Le drainage du canal de Wirsung sera indiqué dans les pancréatites chroniques et surtout au début des pancréatites aiguës, avant le stade de destruction cellulaire de l'organe.

VU :

Le Président de la Thèse,

ET. ROLLET.

VU :

Le Doyen,

P. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 novembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

